7.25

Stanford University Library APR 5 1902

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.

Ein Fall schwerer septischer Infektion mit folgender ausgedehnter Gangrän der Oberlippe und rechten Gesichtshälfte. Melo- und Cheiloplastik.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Richard Rathje,

approb. Arzt aus Flensburg.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0301

Aus der chirurgischen Universitätsklinik zu Kiel.

Ein Fall schwerer septischer Infektion mit folgender ausgedehnter Gangrän der Oberlippe und rechten Gesichtshälfte. Melo- und Cheiloplastik.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medicinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Richard Rathje,

approb. Arzt aus Flensburg.

Kiel 1901.

Druck von H. Fiencke.

No. 43.

Rektoratsjahr 1901/1902.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. **Werth,**
z. Z. Decan.

Meinen Grosseltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

In der chirurgischen Universitätsklinik des Herrn Geh. Med.-Rats Prof. Dr. Helferich zu Kiel hatte ich Gelegenheit, einen Krankheitsfall mit zu beobachten, der unter dem Bilde einer schweren Infektion verlief, sodann aber noch durch eine in der Folge auftretende ausgedehnte Gangrän der Oberlippe und rechten Gesichtshälfte komplizirt war, deren Heilung eine umfangreiche Melo- und Cheiloplastik nötig machte. Die Schwere dieses Falles, die Langwierigkeit des Processes und die verschiedenen plastischen Operationen, die zur Beseitigung des durch die Gangrän hervorgerufenen Defektes unternommen wurden, dürften eine ausführliche Darstellung des ganzen Krankheitsverlaufes gerechtfertigt erscheinen und ein weiteres Interesse dafür erhoffen lassen.

Es handelte sich um den achtzehnjährigen Bäckerlehrling Karl P., wohnhaft zu Kiel, welcher fünf Tage vor seiner Aufnahme in die Klinik eine kleine Pustel rechts an seiner Oberlippe bemerkte. Ohne etwas Schlimmeres zu befürchten, machte er selbst mit einer Nadel einen Stich in die Pustel und legte dann, wie Bäcker dies häufig thun, Umschläge mit Sauerteig auf. Da die Pustel aber grösser wurde und die ganze Oberlippe anzuschwellen begann, suchte Pat. am dritten Tage einen Arzt auf, welcher die nunmehr zum Furunkel angewachsene Pustel incidirte. Trotzdem aber bildete sich eine allgemeine Entzündung der ganzen Lippe aus, und darum wandte sich Pat. am 14. VIII. 00 an die chirurgische Universitätsklinik zu Kiel um Hülfe.

Bei seiner Aufnahme zeigt Pat. ein blasses Aussehen, er ist von hagerer mittelgrosser Statur. Der Puls ist über 100, die Herztöne sind rein, an den Lungen ist Abnormes nicht zu entdecken. Die ganze Oberlippe und besonders

deren rechte Seite ist stark entzündlich geschwollen und hart infiltrirt, so dass sie nach vorn absteht. Der grösste Teil derselben und zwar die unteren zwei Drittel, ferner der Übergang in die Schleimhaut und die untere Hälfte der inneren Lippenwand sind von einer Unzahl kleiner gelber Eiterherdchen besetzt.

Auf Grund der Anamnese und gestützt auf diesen objektiven Befund war an der Diagnose einer septischen Infektion, ausgegangen von der primären Pustel, nicht zu zweifeln, und in der Erwägung der gefährlichen Lokalisation dieser Entzündung wurde noch am selben Tage zur Operation geschritten.

In Chloroformnarkose wird zunächst eine Querincision etwa in der Mitte der Oberlippe von einem Mundwinkel zum andern gemacht, rechtwinklig dazu eine Längsincision durch die ganze Oberlippe und von hier aus verschiedene Flächen- und Tiefenincisionen an den Grenzen überall bis ins Gesunde. Besonders stark infiltrirte Gewebsstücke werden hierbei excidirt. Dann wird eine weitere Querincision an der Grenze von Haut und Schleimhaut und eine gleiche ungefähr in der Mitte der Schleimhaut selbst ausgeführt. Alle diese Schnittflächen treffen eine Unmenge von grösseren und kleineren Eiterherdchen, indessen wird ein grösserer konfluirender Eiterherd nicht gefunden. Nun werden die Wunden mit Jodoformgaze tamponirt und ein feuchter Verband mit essigsaurer Thonerde angelegt. Da die Herzthätigkeit nach der Operation zu wünschen übrig lässt, wird dem Pat. Campher subkutan applicirt.

Durch diese zahlreichen Tiefen- und Flächenincisionen hatte man gehofft, dem Eiter einen ergiebigen Abfluss zu verschaffen und den Process auf den einmal ergriffenen Bezirk zu beschränken. Als aber am folgenden Tage die Mittagstemparatur wieder über 40°, der Puls auf 107 stieg und die Entzündung auf die rechte Seite über die Grenzen der Incisionen weiter hinausgegangen war, bekundeten diese untrüglichen Zeichen, dass der Process im Weiterschreiten begriffen sei. In Äthernarkose wurden daher sofort in gleicher

Weise wie bei der ersten Operation weitere neue In- und Excisionen vorgenommen.

Aber auch diese Massnahmen erwiesen sich dem unaufhaltsam fortschreitenden infektiösen Process gegenüber ohnmächtig. Denn wir sehen, dass die Temperatur des Pat. in den folgenden zwei Tagen, wenn auch um ein Weniges gesunken, doch noch weit über der Norm steht. Die Infiltrationen haben sich über die Hälfte der rechten Wange und nach hinten und unten gegen den Unterkiefer fortgesetzt. Es wird daher am 17. VIII. in Chloroformnarkose wiederum zur Operation geschritten, und zwar wird durch eine Schnittführung, wie sie bei der Oberkieferresektion nach Velpeau üblich ist, die ganze rechte Wange aufgeklappt. Nachdem dieselbe nach oben zurückgeschlagen ist, zeigt sich, dass die Entzündung sich bereits in die Oberkieferknochenkanälchen fortsetzt. Nun wird eine Incision etwa am vorderen Rande des Masseters bis auf den Unterkiefer, ferner eine Flächenspaltung der angrenzenden Weichteile ausgeführt. Besonders stark durchsetzte Gewebsstücke werden, wie dies auch früher geschehen, excidirt. Bei dieser Operation tritt wiederum der infiltrirende Charakter des Processes durch lauter kleine Eiterherdchen deutlich zu Tage.

Der Erfolg dieses Eingriffes gab sich in einem Absinken der Temperatur zu erkennen, die sich am 18. und 19. VIII. zwischen 38,4° und 39,6° hielt. Am 20. VIII. steigt sie aber plötzlich wieder auf 40,7°. Zugleich hat sich eine neue Infiltration der inneren Wangenschleimhaut am Unterkiefer in der Gegend des letzten Molarzahnes gebildet. Um auch diese breit zu eröffnen, werden daselbst ohne Narkose neue In- und Excisionen vorgenommen.

Am folgenden Tage zeigt sich ein stark entzündliches Ödem der Augenlider und der Gegend ausserhalb des äusseren Augenwinkels. Der Augapfel ist hervorgedrängt, das Auge selbst aber gesund. Um nun einen letzten Versuch zu machen, die zweifellos im Innern der Augenhöhle fortschreitende Phlegmone zum Stillstand zu bringen, wird der Augapfel entfernt. Es bestätigt sich die Annahme, dass die Weichteile der Augenhöhle von der Entzündung mitergriffen sind,

da sich in ihnen multiple Eiterherdchen vorfinden; und zwar scheint die Infektion auf dem Wege der Knochenkanälchen dorthin vorgedrungen zu sein. Um die ganze erkrankte Partie ausgiebig zu eröffnen und dem Wundsekret einen leichten Abfluss zu ermöglichen, wird das untere Augenlid an der lateralen Seite ganz abgelöst. Ausserdem werden lateral von der Augenhöhle noch ergiebige Incisionen gemacht und die Haut im Bereich der Infiltration abpräparirt.

Bei dem am 27. VIII. erfolgten ersten Verbandwechsel ist die erfreuliche Thatsache zu konstatiren, dass die Infektion, wenigstens soweit äusserlich sichtbar, nicht weiter fortgeschritten ist. Pat. hat zwar noch dauernd hohe, unregelmässige Temperaturen, doch findet eine allmähliche Reinigung der Wundflächen statt. Es wird zunächst täglich, dann jeden zweiten Tag ein trockner Verband angelegt. In den folgenden Wochen ist bei dem jedesmaligen Verbandwechsel stets eine Besserung zu erkennen; die Wundflächen reinigen sich weiter und zeigen gute Granulationen, die Temperaturen nähern sich immer mehr der Norm und bleiben vom 21. IX. an dauernd normal. Das Befinden des Pat., welches bisher ziemlich wechselnd war, ist seit seiner Entfieberung ein durchweg gutes, Pat. erholt sich gut und nimmt an Gewicht zu.

Während des weiteren Heilungsverlaufes kommt es nun (Anfang Dezember) zur allmählichen Entwicklung einer narbigen Kieferklemme, bedingt durch die im Gefolge der Infektion eingetretene weitgehende eitrige Einschmelzung und Gangrän der Wangenweichteile. Wegen der Kieferklemme, die einen solchen Grad erreicht, dass die beiden Zahnreihen nur 1 bis $1^1/_2$ cm von einander entfernt werden können, werden tägliche Mundsperrübungen mit dem Heister'schen Mundspekulum vorgenommen; diese sind schon nach vierzehn Tagen von gutem Erfolg gekrönt.

Da die Heilung bisher ungestört von statten gegangen ist, wird an die Ausführung der Wangen- und Lippenplastik gedacht, dieselbe aber noch etwas hinausgeschoben, da bei der Abnahme der Verbände immer noch zu erkennen ist, dass der Bacillus pyocyaneus in der Wunde seine Thätigkeit entfaltet. Während die übrige Wunde sich schön gereinigt

hat, führt im oberen Wundwinkel eine Fistel 4 cm tief auf den Knochen, durch welche im Laufe von acht Tagen neun kleine Sequester ausgestossen werden.

Befund vor der Plastik:

Das Aussehen unseres Pat. weist zu dieser Zeit einen grossen Defekt der Oberlippe und rechten Gesichtshälfte auf; das rechte Auge fehlt, die geschlossenen Lider sind ziemlich stark ödematös geschwollen; die von der eitrigen Zerstörung verschont gebliebenen Wangenweichteile haben sich flach-kugelförmig zusammengezogen und hängen mit dem Rest der Wange etwas nach aussen und unten herab. Die vorderen Zähne der oberen Reihe liegen infolge des Oberlippendefektes frei zu Tage, die spärlichen Hautreste der Oberlippe sind mit dem Zahnfleisch verwachsen. Am linken Mundwinkel ist ein kleiner Teil der Oberlippe stehen geblieben, er ragt als ein rundlicher Wulst von der Grösse einer Kirsche nach vorn hervor.

Es sind also die Verheerungen, welche die Phlegmone in dem Antlitz des Pat. angerichtet hat, sehr bedeutende; dementsprechend sind auch die Aufgaben, welche der Wangen- und Lippenplastik erwachsen, von grosser Schwierigkeit.

Die Operation, welche sich zunächst die Meloplastik zum Ziele steckt, wird am 4. I. 01 in Morphium-Chloroformnarkose ausgeführt. Einsetzen eines Mundspekulums und Sperren der Kiefer ad maximum. Ablösen des zusammengeschrumpften Backenlappens bis zum aufsteigenden Kieferast. Exstirpation der senkrecht nach oben am äusseren Augenwinkel vorbeiziehenden granulirenden Wunde, Excochleation des oberen Wundwinkels und Naht dieser Wunde. Die Haut von dem Backenweichteillappen wird abpräparirt, die narbigen Weichteile desselben werden exstirpirt. Da an Stelle der Wangenschleimhaut eine Narbe vorhanden ist, welche die narbige Kieferklemme bedingt hat, wird zum Zwecke eines Ersatzes der Wangenschleimhaut von der rechten seitlichen Halsgegend zunächst ein zungenförmiger, nach oben gestielter Lappen abpräparirt. Die dadurch am Halse entstandene Wunde wird sofort zum grössten Teil geschlossen. Dann wird am Kieferrand ein Schnitt gemacht

und durch diese Schnittöffnung der umgeschlagene Lappen hindurch und nach oben gezogen, so dass er an der Innenfläche des Wangenlappens mit der Hautoberfläche nach der Mundhöhle gerichtet zu liegen kommt. Er wird als Wangenschleimhaut durch Nähte fixirt und an den Wangenlappen angelegt, ohne dass die Basis Spannung erlitten hätte. Nunmehr wird der Wangenlappen nach Anfrischung der Wundränder mit dem unter dem Auge stehen gebliebenen Teil der Wange vernäht. Zwei Drainröhrchen werden in die Backentasche gelegt, es wird mit Jodoformgaze tamponirt und ein loser Verband angelegt.

Unter völlig fieberfreiem Verlauf sehen wir das durch die Meloplastik gewonnene Resultat in der gewünschten Weise erhalten bleiben. Wenn auch die Nähte am Halse zum grössten Teil durchgeschnitten haben, so ist doch der Lappen in der Wange am 14. I. gut angeheilt. Schon am 26. I. sind die Gesichtswunden, nachdem sie jeden zweiten Tag bespült und mit essigsaurer Thonerde verbunden worden sind, völlig geheilt. Der Lappenstiel wird nun zur Hälfte durchschnitten und ein trockner Verband angelegt. Am 30. I. wird die andere Hälfte des Lappenstieles durchschnitten und die Basis nach abwärts geklappt. Ohne Narkose erfolgt am 6. II. die Excochleation der Granulationen an der Basis des Lappens, der Lappenstiel wird angefrischt und vernäht. Hieran schliesst sich die Exstirpation des nach dem Munde zu durchgesteckten Lappenstieles, soweit er erreichbar ist, Anfrischung der Ränder der Wunde am horizontalen Kieferast, durch welche der Halslappen hindurch geführt war, und Verschluss derselben durch die Naht. Somit ist die Verpflanzung des Halslappens in die Mundhöhle vollendet.

Da diese Wunden alle reaktionslos geheilt sind, wird am 26. II. in Chloroformnarkose die Cheiloplastik unternommen. Abtrennung des noch vorhandenen Lippenrots im rechten Mundwinkel, doch so, dass noch ein Rest, welcher mit dem Zahnfleisch des Oberkiefers zusammenhängt, stehen bleibt. Dieser Rest wird vom Wangenlappen abgetrennt und bleibt mit dem Zahnfleisch des Oberkiefers in Verbindung. In derselben Schnittführung wird ein Teil der

unter der Nase stehen gebliebenen Haut ganz nahe den Nasenlöchern und dem Septum abgetrennt, so dass ein schmaler, querer, mit der Basis nach abwärts gerichteter Lappen entsteht. Zur Bildung der Oberlippe sind also jetzt vorhanden: das Lippenrot und der zur Unterfütterung mit Schleimhaut vorhandene Lappen. Die Haut wird der linken Wange entnommen durch Bildung eines gestielten 7—8 cm langen, 4 cm breiten Lappens, dessen Basis am Rande des Unterkiefers, dessen Spitze am Infraorbitalrande gelegen ist. Derselbe lässt sich bis zu der rechten Wange hinüberziehen. Zur Entspannung wird durch die Nase und durch die linke Wange dicht oberhalb der Basis des Lappens eine Plattennaht gelegt. Dann wird die Spitze des Lappens an dem durch Ablösung der Schleimhaut am rechten Wangenlappen entstandenen Wundrand durch Knopfnähte fixirt und der vorher abgelöste Schleimhautlappen an der Unterfläche des Hautlappens eingenäht. Der durch Entnahme des Lappens entstandene Defekt wird dreizipflig vereinigt, so dass nur in der Mitte ein kleiner Defekt übrig bleibt. Zur Verkleinerung desselben trägt ein kleiner dreieckiger Lappen bei, welcher links neben dem Nasenflügel gelegen, nach Ablösung durch Verschiebung zur Deckung des Defektes verwendet wird. Der Oberlippenlappen wird, soweit angängig, rechts und links an der Nase fixirt, mit dem Wundrand unter der Nase kann er wegen zu starker Spannung nicht vernäht werden. Sodann erfolgt Vernähen des Lippenrots an den Hautlappen, so dass eine von Lippenrot umgebene Mundöffnung entsteht. Hierauf Vernähen beider Lippenrotlappen und Verband.

Auch nach dieser Operation sehen wir einen guten Verlauf; bei dem nach acht Tagen erfolgenden ersten Verbandwechsel werden, da die Nasenlöcher etwas verengt sind, zwei Drains angelegt. Am 9. III. werden die Nähte entfernt, alles ist in guter Heilung, nur am oberen Rande der Oberlippe befindet sich ein kleineres nekrotisches Stück. Bei andauernd gutem Allgemeinbefinden des Pat. nimmt die weitere Heilung einen glatten Verlauf, so dass am 6. IV. alle Wunden vollkommen verheilt sind.

In der Folge treten einige kleinere Veränderungen auf, die durch den sich ausbildenden Narbenzug bedingt sind; so wird das Lippenrot der Oberlippe etwas nach innen gezogen und die Mundöffnung, welche nach der Plastik ohnehin nicht ihre frühere Weite erhalten hatte, verkleinert sich etwas. Aus diesem Grunde werden tägliche Dehnungen des Mundes vorgenommen, die auch schon bald recht befriedigenden Erfolg haben. Die Oberlippe selbst, zu deren Plastik gemäss der allgemein geltenden Vorschrift ein Lappen verwendet wurde, welcher an Grösse den Defekt übertraf, den er auszugleichen bestimmt war, erscheint reichlich breit. Es wird daher am 4. V. ohne Narkose eine Verschmälerung der Oberlippe dadurch herbeigeführt, dass rechts ein $^1/_2$ cm, links ein 1 cm breiter Hautstreifen exstirpirt wird. Da aber auch hierdurch die erwünschte Grösse noch nicht erreicht ist, wird eine nochmalige Verbesserung der Grösse der Oberlippe am 5. VI. ebenfalls ohne Narkose und in gleicher Weise durch Ausschaltung eines schmalen, horizontalen Hautstreifens erzielt; nun ist ein in kosmetischer Hinsicht besseres Resultat gewonnen, und damit kann die Cheiloplastik als beendet angesehen werden. Als eine weitere und letzte plastische Operation wird noch die Verbreiterung der Mundöffnung geplant, die Ausführung derselben aber einer Zeit vorbehalten, wo alle Wunden gut vernarbt sind.

Wenn wir nun unsern im Vorhergehenden ausführlich erörterten Fall kurz noch einmal überblicken, so finden wir drei Momente, welche unser besonderes chirurgisches Interesse erregen:

1) die Bekämpfung der schweren Phlegmone,
2) die Meloplastik,
3) die Cheiloplastik.

Während der elf Monate langen Behandlungsdauer hat es im Ganzen zehn grösserer und kleinerer chirurgischer Eingriffe bedurft, um zunächst einmal dem anfangs unaufhaltsam um sich greifenden infektiösen Process Einhalt zu gebieten, sodann aber auch die grossen Verwüstungen, die er auf seinem Wege angerichtet, so gut als möglich wieder auszugleichen. Dass die chirurgische Kunst in diesem Kampfe

mit einer so ernsten Erkrankung siegreich gewesen ist, dürfen wir einen herrlichen Erfolg nennen, zumal wir erfahrungsgemäss wissen, dass septische Infektionen, die im Gesichte und namentlich an der Oberlippe lokalisirt sind, wegen der Gefahr der Weiterverbreitung auf dem Wege der hier besonders zahlreichen Lymphbahnen stets zu den lebensgefährlichen Erkrankungen zu zählen sind.

Angesichts dieser bedeutsamen Thatsache muss es beinahe auffällig erscheinen, dass in der grossen chirurgischen Litteratur verhältnismässig nur wenige Fälle derartiger Erkrankungen verzeichnet sind. In allen Schriften, die sich mit den septischen Infektionen des Gesichts befassen, ist wohl der Thatsache Erwähnung gethan, dass die Prognose dieser Erkrankungen ungünstig sei, genauere Angaben aber über den Verlauf solcher Krankheitsprocesse lassen die meisten vermissen.

Ich reihe daher an meinen ausführlich beschriebenen Fall in kürzerer Darstellung einige weitere Fälle von septischer Infektion im Bereiche des Gesichts an, die ich bei meiner Nachforschung in der einschlägigen Litteratur gefunden habe.

In Schmidt's Jahrbüchern, Bd. 190 pag. 62 werden von Leber-Göttingen vier Fälle septischer Infektion angeführt, die sämmtlich im Gebiet der Orbita sich abspielen.

Von diesen vier Fällen endeten drei letal, nur einer mit Genesung, aber mit Phthisis bulbi. Dieser Fall betraf ein junges Mädchen, bei welchem scheinbar ohne Ursache eine Rötung der Haut im inneren Augenwinkel rechterseits aufgetreten war, welcher alsbald Schwellung der Lider und Vordrängen des Bulbus nach aussen unten folgte. Nach acht Tagen trat Perforation des Bulbus ein, mehrfache Incisionen waren, ohne dass sie Eiter entleert hätten, in die Tiefe der Orbita gemacht; schliesslich wurde auch noch der Bulbus entfernt, und erst nach einigen Wochen ging der Process mit dem Nachlassen des Fiebers in Heilung über.

Dieser Fall hat mit dem meinigen insofern einige Ähnlichkeit, als das Vordringen der Phlegmone in der Orbita unter fast gleichen Erscheinungen erfolgte. Hier sowohl wie dort Lidschwellung und Protusion des Bulbus. Ferner zeigt das endliche Schicksal des Bulbus im Leber'schen Falle,

mit wie gutem Rechte in meinem Falle der gesunde Bulbus entfernt werden durfte, der doch auch sicherlich nicht von der Phlegmone verschont geblieben wäre.

Im zweiten Falle entwickelt sich bei einem 25jährigen Mechaniker nach leichtem Gesichtserysipel eine doppelseitige Orbitalphlegmone, die nach dreitägigem Bestehen zum exitus letalis führt. Die Sektion ergab eitrige Meningitis und Sinusthrombose.

Im dritten Falle war bei einem jungen Mädchen eine Zellgewebsentzündung der Orbita anscheinend primär entstanden, der Bulbus vereiterte, in der Schläfengegend bildete sich ein Abscess und der Tod erfolgte, wie die Sektion erwies, durch einen Abscess im Unterlappen des Grosshirns derselben Seite, wo die Entzündung der Orbita stattgefunden hatte.

Der vierte Fall betraf ein sechs Wochen altes Kind, welches einer Orbitalphlegmone am 10. Tage erlag. Bei der Sektion fanden sich in der Hirnsubstanz zahlreiche kleinere Abscesse.

Bei Gelegenheit der Beschreibung dieser Fälle hat Leber eine grössere Zahl fremder Beobachtungen zum Vergleich herangezogen; in Übereinstimmung mit diesen weist er auf die grosse Gefahr der Phlegmone im Gesichte und speciell in der Orbita hin.

Ein weiterer Fall schwerer septischer Infektion kam ganz kürzlich (Mai 1901) hier in die Kieler chirurgische Klinik. Bei einer 46jährigen, sonst kerngesunden Frau hatte sich ein Carbunkel der Unterlippe ausgebildet, den ein Arzt incidirte. Auf Anraten dieses Arztes begab sich die Frau in die Klinik; und hier wurden in ganz ähnlicher Weise wie in meinem Falle ausgiebige Tiefen-, Flächenincisionen und Gewebsexcisionen ausgeführt, die aber nach zwei Tagen wegen Weiterschreitens des Processes auf die Wange noch erweitert werden mussten. Diese Therapie brachte den Process zum Stillstand; zum Zwecke der Lippenplastik befindet sich die Frau jetzt (Juni 1901) noch in klinischer Behandlung.

Einen letzten Fall von schwerem Oberlippenkarbunkel möchte ich hier noch anfügen, der im Jahre 1870 beobachtet wurde und wegen der bei ihm angewandten Therapie

interessant ist. Ich finde ihn im Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXIII. 4 pag. 873. Hier berichtet Dr. Lindemann in Münster, dass er bei schwerem Oberlippenkarbunkel eines Soldaten zahlreiche, tiefe Stichelungen in die hart infiltrirte und stark geschwollene Oberlippe gemacht habe und dann mit einer Pravaz'schen Spritze eine 2 %. Lösung von Carbolsäure an der Grenze des Krankheitsherdes schräg von der gesunden zur erkrankten Partie hin injicirt habe. Diese Injektionen hat er anfangs stündlich, später in längeren Zwischenzeiten ausgeführt. Die lokalen und allgemeinen Krankheitserscheinungen besserten sich dabei nach seiner Angabe sehr rasch.

Eine derartige Carboltherapie dürfte heute wohl kaum jemand in Anwendung bringen. Wissen wir jetzt doch, dass die Carbolsäure kein so ungefährliches Desinficiens ist, wofür sie früher gehalten wurde, denn häufig genug können wir bei Patienten, welche sie auf eigene Hand und natürlich ohne das nötige Verständnis gebrauchen, eine Gewebsnekrose nach ihrer Verwendung eintreten sehen. Heutzutage sind wohl alle Stimmen darin einig, dass eine rationelle Therapie bei schweren septischen Infektionen nur in einer radikalen, breiten Spaltung der infiltrirten Partien, also in einem ausgiebigen Gebrauche des Messers bestehen kann. Wie gute Erfolge damit erzielt werden können, dürfte mein oben dargelegter Fall zur Genüge beweisen.

Es erübrigt mir nun noch, dass zur Beseitigung des Wangen- und Lippendefektes eingeschlagene operative Heilverfahren — die Melo- und Cheiloplastik — einer würdigenden Betrachtung zu unterwerfen. Angesichts der umfangreichen Zerstörungen, denen ein so grosser Teil der Wangenweichteile und fast die ganze Oberlippe anheim gefallen, war die Lösung dieser Aufgaben eine schwierige. Die Meloplastik wurde in der Weise vollzogen, dass ein der seitlichen Halsgegend entnommener Hautlappen durch eine schlitzförmige Öffnung am Rande des Unterkiefers vor dem Masseter hindurchgeführt und als Ersatz der Wangenweichteile in ihrer ursprünglichen Lage vernäht wurde. Und zwar geschah dies in der Weise, dass die Hautoberfläche des Lappens

nach der Mundhöhle gerichtet war; über diesem in die Mundhöhle hineinverpflanzten Lappen wurden die Reste der Wangenhaut mit den unter dem Auge stehen gebliebenen Hautresten vernäht. Zu dieser so komplizirten, wie kunstvollen Operationsmethode nötigten die gegebenen Verhältnisse. Es war zur Deckung des Defektes unbedingt ein grosser Lappen erforderlich, einmal deswegen, weil der Defekt an sich bedeutend war, sodann aber auch, weil der Thatsache Rechnung getragen werden musste, dass nach einer umfangreichen Meloplastik der Eintritt einer narbigen Kieferklemme stets zu befürchten ist, wenn nicht für eine genügende Grösse des Lappens Sorge getragen wurde. Trotzdem aber ein hinreichend grosser Lappen zur Verwendung kam, entwickelte sich, wie wir oben gesehen haben, wider Erwarten eine narbige Kieferklemme mässigen Grades; glücklicher Weise konnte dieselbe aber durch länger fortgesetzte Sperrübungen mit dem Heister'schen Mundspekulum gehoben werden, so dass ein chirurgischer Eingriff ihretwegen nicht nötig wurde. Bei der Wahl des Lappens musste ferner berücksichtigt werden, dass die betreffende Hautpartie, welcher man ihn zu entnehmen gedachte, möglichst frei von Haaren sei, da erfahrungsgemäss die Hoffnung, dass die nach der Mundhöhle zu verpflanzte Hautoberfläche mit der Zeit schleimhautähnlich würde, sich nicht bestätigt hat. Da nun die Haut des Kinns und unter demselben die geforderte Bedingung nicht erfüllen konnte, so blieb von den benachbarten Partien nur die seitliche Halsgegend zur Entnahme übrig. Die Einheilung des Lappens und die Vereinigung des oberflächlichen Wangenlappens mit dem Hautrest unter dem Auge erfolgte, wie wir gesehen haben, glatt und ohne Störung, keine Spur von Nekrose machte sich bemerkbar, so dass wir mit dem durch die Meloplastik erreichten Resultat gut zufrieden sein können.

Die Ausführung der Cheiloplastik begegnete nicht minder grossen Schwierigkeiten. Wenn uns auch heute eine kaum aufzuführeude Reihe von Methoden zu Gebote steht, von denen schon v. Bruns im Jahre 1859 etwa fünfzig nach den Berichten der Autoren zusammenstellen konnte, so ge-

nügen doch nur wenige der an sie gestellten Forderung bei so ausgedehntem Defekte der Oberlippe, wie in meinem Falle. Solche Defekte, welche nur eine schmale Keilform besitzen, können nach ähnlichen Regeln wie die angeborenen Spaltbildungen durch Heranziehung der vom Kiefer abgelösten Weichteile der Lippen und Wangen gedeckt werden, handelt es sich aber um grössere partielle oder um vollständige Verluste, so bieten die Seitenteile der Oberlippe und die angrenzenden Partien der Wange ein gutes mit Schleimhaut ausgestattetes Ersatzmaterial. Da nun aber in meinem Falle die rechts seitlich der Oberlippe gelegene Partie infolge der dort vollzogenen Meloplastik nicht benutzt werden konnte, so musste eine andere Methode eingeschlagen werden. Und so wurde denn, wie oben des Näheren ausgeführt, ein Lappen der linken Wange gewählt, welcher ähnlich wie bei der typischen Unterlippenplastik nach Langenbeck unter Zuhülfenahme der spärlichen noch vorhandenen Lippenreste die Hauptmasse der Oberlippe bilden sollte. Durch seine Umsäumung mit Lippenrot am unteren Rande und durch die Bildung der Mundwinkel wurde ein funktionell gut befriedigendes Resultat erzielt, welches in kosmetischer Hinsicht durch die später vorgenommenen zweimaligen Verschmälerungen der Oberlippe noch erheblich verbessert wurde.

* * *

Am Schlusse meiner Abhandlung ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Helferich für die Anregung zu dieser Arbeit und für die gütige Überlassung des Materials, sowie Herrn Dr. Göbell für die mir bei der Anfertigung der Arbeit erteilte Unterstützung auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Tillmanns, Lehrbuch der allgem. und spez. Chirurgie.
Leser, Spez. Chirurgie.
Zuckerkandl, Chirurg. Operationslehre.
Schmidt's Jahrbücher Bd. 190.
Archiv für klin. Chirurgie Bd. XXIII.
Handbuch der praktischen Chirurgie von v. Bergmann, v. Bruns und Mikulicz.

Vita.

Ich, Richard Lorenz Rathje, evang. Konfession, wurde am 12. August 1874 zu Flensburg als Sohn des Volksschullehrers Heinrich Rathje und seiner Ehefrau Christine geb. Duus geboren. In meinem dritten Lebensjahre kam ich in das Haus meiner Grosseltern in selbiger Stadt, welche meine ganze weitere Erziehung leiteten. Vom 6. bis 10. Jahre besuchte ich in Flensburg die Volksschule zu St. Marien, vom 10. Jahre ab das dortige humanistische Gymnasium, welches ich Ostern 1896 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Ich widmete mich dem Studium der Medizin und ging zunächst nach Kiel, woselbst ich die ersten 4 Semester, S.-S. 1896 bis W.-S. 1897/98 incl. studirte und am Schluss des vierten das Physikum mit der Censur „sehr gut" bestand. Zur Fortsetzung meiner Studien besuchte ich im S.-S. 1898 die Universität zu Freiburg i./Br. und im W.-S. 1898/99 die Universität zu München. Zum S.-S. 1899 kehrte ich zur Beendigung meines Studiums nach Kiel zurück und unterzog mich daselbt auch der ärztlichen Staatsprüfung, welche ich am 24. Mai 1901 mit der Censur „gut" beendete. Das Examen rigorosum bestand ich ebendaselbst am 7. Juni 1901.